

La repetición del intento de suicidio: un estudio de seguimiento

Repeated suicide attempts: a follow-up study

Título abreviado: Seguimiento y diferencias en repetición intento

Leire Azcárate-Jiménez¹, José Javier López-Goñi^{2*}, Adriana Goñi-Sarriés¹, Laura Montes-Reula¹, Almudena Portilla-Fernández¹, y Rebeca Elorza-Pardo¹.

¹ Red de Salud Mental de Navarra. Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea (Pamplona)

² Universidad Pública de Navarra (Pamplona)

* Autor para correspondencia.

José Javier López-Goñi. Departamento de Psicología y Pedagogía. Universidad Pública de Navarra. Campus de Arrosadía s/n 31006 Pamplona. Teléfono: 948 16 92 43; Fax: 948 16 98 91; e-electrónico: josejavier.lopez@unavarra.es

Resumen

Introducción. Existe una fuerte asociación entre quienes repiten un intento de suicidio (IS) y quienes lo consuman. Por ello el seguimiento de la intervención de estos pacientes es fundamental. En este estudio: se establece el perfil sociodemográfico y clínico de personas atendidas en urgencias psiquiátricas por un IS, en función del sexo; se determina la prevalencia de reintentos en un periodo de seis meses; se compara el perfil de los pacientes que repiten o no el IS; y se evalúan variables predictoras de la repetición.

Metodología. Se entrevistó a 207 pacientes (122 mujeres y 85 hombres) que acudieron a urgencias psiquiátricas por un IS (enero-octubre de 2015), y se revisó su historia clínica a los 6 meses.

Resultados. Las mujeres presentaron una menor letalidad en la conducta suicida. Un 14% de la muestra (n=29) repitió un IS en los 6 meses siguientes y 2 personas fallecieron por suicidio; 3 fallecieron por otras causas. Los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica presentaron más reintentos ($X^2=4,1$; g.l.=1; $p=,043$). En el análisis multivariable, de todas las variables analizadas, la única asociada a la repetición del intento fue encontrarse en tratamiento en salud mental al incluirse en el estudio (OR=3,504; $p=,009$; I.C.95%=1,361–9,018). En el periodo de seguimiento se incrementó un 21,7% los pacientes tratados en salud mental. **Conclusiones.** El riesgo de repetición tras ser tratado en urgencias psiquiátricas por IS es crítico los meses posteriores, siendo necesario mejorar los programas de prevención e intervención destinados a mejorar estas cifras.

Palabras clave: servicio de urgencias; psiquiatría; intento de suicidio; reintento; seguimiento

Abstract

Introduction. There is a strong association between those who re-attempt a suicide attempt and those who complete it. Therefore, follow-up on the interventions carried out for suicidal patients is essential. This study investigated the sociodemographic and clinical profiles of individuals admitted as psychiatric emergencies after a suicide attempt according to sex, determined the prevalence of re-attempts in a period of six months, compared the profiles of patients who engaged in repeated suicide attempts to those who did not, and evaluated predictive variables for repeated suicide attempts.

Methodology. A total of 207 patients (122 women and 85 men) who went to the psychiatric emergency room for a suicide attempt (January-October 2015) were interviewed, and their clinical histories were reviewed at 6 months.

Results. Lethal suicidal behaviour was lower in women. Fourteen percent of the sample (n=29) repeated a suicide attempt in the following 6 months, and 2 people died by suicide; 3 died from other causes. The patients admitted to the Psychiatric Hospitalization Unit presented with more re-attempts ($X^2=4.1$; d.f.=1; $p=.043$). In the multivariate analysis, of all the variables analysed, the only one associated with repeated suicide attempts was having been in mental health treatment upon inclusion into the study (OR=3.504, $p=.009$, CI95%: 1.361–9.018). In the follow-up period, the percentage of patients who engaged in mental health treatment increased 21.7%.

Conclusions. The risk of recurrence after being treated for a suicide attempt psychiatric emergency is high in the months following an attempt, and it is necessary to improve prevention and intervention programmes aimed at improving these figures.

Key words: emergency service; psychiatry; suicide attempt; reattempt; follow-up.

Introducción

Se estima que el intento de suicidio es 40 veces más frecuente que el suicidio consumado¹ y que el riesgo de suicidio asociado a un intento es considerable a corto plazo^{2,3}, persistiendo a lo largo de los años⁴⁻⁷. Entre el 25-30% de los suicidios fueron precedidos en el año anterior por un intento, siendo éste un factor de riesgo clínicamente relevante de la conducta suicida⁸.⁹ La incidencia de la ratio de repetición del intento autolítico no ha variado significativamente en los últimos 10 años de investigación¹⁰. Aproximadamente el 16% de quienes han realizado un intento no fatal volverán a intentarlo al cabo de un año, y entre el 0,5-2% consumarán el suicidio en ese tiempo⁶. En un estudio de seguimiento se constató que el 2,3% de los supervivientes a su primer intento se suicidó al año siguiente, sin hallarse diferencias entre sexos¹¹.

Existen diferencias de género en la conducta suicida¹². La “paradoja del sexo” señala que las mujeres realizan más intentos¹³, aunque los hombres presentan el doble de tasa de mortandad (2,7% vs 1,2%)¹⁰, ya que independientemente de la letalidad del método elegido¹²,¹⁴ el hombre realiza intentos más graves¹⁵.

Los trastornos mentales son un factor precipitante para la conducta suicida independientemente del sexo¹⁶. Identificarlos en el servicio de urgencias contribuiría a la disminución de la repetición de la conducta autolítica¹⁷. En un estudio longitudinal llevado a cabo con 34.219 pacientes atendidos hospitalariamente por una conducta autolítica, quienes presentaban trastorno mental grave, trastornos afectivos o psicosis, tenían mayor riesgo de suicidio en el primer año después de dicha atención¹⁸.

Una visita al servicio de urgencias por conducta autolítica incrementa seis veces el riesgo de suicidio², siendo el período inmediatamente posterior de gran riesgo⁶. Quienes acuden a urgencias más de una vez por este motivo tienen el doble de probabilidad de fallecer por suicidio que quienes acuden una única vez¹⁹. Así, los servicios de urgencias son lugares idóneos tanto para hacer la valoración psiquiátrica de los pacientes como para indicar el plan terapéutico y la derivación al recurso más apropiado²⁰. Sin embargo, los estudios alertan de que casi la mitad de las personas que son atendidas en urgencias por intento de suicidio no reciben posteriormente seguimiento en salud mental²¹, aunque se constata que el suicidio es menos probable entre quienes reciben seguimiento¹¹.

Conocer las características individuales y la evolución de los pacientes que son tratados por un intento de suicidio es fundamental para poder mejorar la atención que se les presta y

reducir el riesgo de suicidio. Por lo tanto, los objetivos del presente estudio son: 1) establecer el perfil sociodemográfico y clínico de las personas atendidas en urgencias psiquiátricas por un intento de suicidio, en función del sexo; 2) determinar la prevalencia de reintentos en un periodo de seis meses; 3) comparar el perfil de los pacientes que repiten o no el intento; y 4) evaluar variables predictoras de la repetición del intento de suicidio.

Metodología

La presente investigación cuenta con la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra (proyecto nº 95/2014).

Se trata de un estudio observacional descriptivo y multicéntrico en el que se aplicó un protocolo que recogía variables sociodemográficas, variables clínicas y una evaluación psiquiátrica de los pacientes que acudieron por un intento de suicidio al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra y del Hospital “Reina Sofía” de Tudela entre enero y octubre de 2015.

Se consideró intento de suicidio todo comportamiento autoinfligido, potencialmente perjudicial, con resultado no fatal, para el cual había evidencia, explícita o implícita, de intención de muerte ²².

Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años, acudir a urgencias psiquiátricas y firmar el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron no aceptar participar, presentar imposibilidad para contestar, tener dificultad con el idioma o padecer discapacidad intelectual.

Las variables sociodemográficas consideradas fueron: edad, sexo, estado civil, ocupación, nivel de estudios, nivel socioeconómico, situación de convivencia, hijos, creencia religiosa.

Las variables clínicas recogidas en el momento de la atención en urgencias fueron: intentos previos de suicidio, atención previa en urgencias psiquiátricas, ingresos previos en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, estar en tratamiento en Salud Mental en el momento de la atención, estar en tratamiento psicofarmacológico actual, el plan de alta realizado desde urgencias (seguimiento por parte de atención primaria/en Centro de Salud Mental/ingreso en unidad de hospitalización psiquiátrica u otros), diagnóstico clínico principal en la urgencia según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), presencia o no de planificación de la conducta suicida, actitud en urgencias tras el intento (arrepentimiento vs. lamento por no haber fallecido), grado de letalidad del intento (muy baja/baja vs. intermedia/alta),

consecuencias (mínimas consecuencias vs. hospitalización), método utilizado y la presencia de consumo de tóxicos concomitante al intento.

Las variables clínicas analizadas a los 6 meses fueron: estar en tratamiento en Salud Mental, repetición de la atención en urgencias psiquiátricas, repetición de intento autolítico y fallecimiento durante el seguimiento.

Instrumentos

Se creó una base de datos al efecto para registrar los datos del protocolo de la investigación.

Contexto de la investigación

Los dos centros hospitalarios que participaron en la investigación comparten el protocolo de ingreso y atención en urgencias. Cuando llega un paciente al servicio, personal sanitario debidamente entrenado realiza un triaje de los pacientes. Los que son evaluados como intento de suicidio, son atendidos en primer lugar por un médico del servicio de urgencias que tras estabilizar la situación orgánica, solicita interconsulta a psiquiatría. Posteriormente estos pacientes son valorados y tratados por psiquiatras que elaboran un plan de tratamiento individualizado.

Procedimiento

La selección y valoración de la muestra se llevó a cabo por los miembros del equipo investigador (facultativos especialistas de psiquiatría y psicología clínica y psiquiatras residentes) mediante entrevista clínica a los sujetos del estudio en la que se recogían las variables anteriormente descritas. Para ello, previamente se entrenó al equipo de investigación en la administración del protocolo de evaluación, y se realizaron reuniones mensuales para revisar la recogida de datos.

Las entrevistas se realizaron tras seleccionar y estabilizar, si era preciso, la situación clínica del paciente. En primer lugar, se les explicaba el protocolo del estudio, y tras haber firmado el Consentimiento Informado se comenzaba la entrevista. Ésta se realizaba antes del alta de urgencias, después de haber pasado suficiente tiempo en Observación de Urgencias o tras interconsulta a psiquiatría en caso de ingreso hospitalario. Posteriormente, a los 6 meses de haberse producido la inclusión en el estudio, se consultaron las historias clínicas para recoger las variables seleccionadas.

Análisis de datos

Se realizaron análisis descriptivos para todas las variables. En las comparaciones bivariadas (en función del sexo o de si repitieron el intento de suicidio) se empleó el análisis de

χ^2 , o la prueba *t* de Student, según la naturaleza de las variables analizadas, considerándose una $p < .05$ como significativa. Para el análisis multivariado de las variables relacionadas con el reintento en el seguimiento se realizó un análisis de regresión logística (método por pasos hacia adelante) en el que se incorporaron todas las variables incluidas en el estudio. El criterio de entrada de cada variable se estableció en 0,05 y el criterio de retención en 0,10. Se empleó el test de Hosmer-Lemeshow para valorar la bondad del modelo. Se consideró significativa una diferencia de $p < .05$. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS (vs. 15.0).

Resultados

Perfil de las personas atendidas por intento de suicidio en urgencias de psiquiatría en función del sexo

El 58,9% (n=122) de las personas atendidas eran mujeres. En la Tabla 1 se describen las principales variables sociodemográficas de la muestra en función del sexo.

POR FAVOR, INSERTAR TABLA 1 AQUÍ

En la Tabla 2 se presentan los resultados obtenidos en las variables clínicas y del seguimiento. La tendencia en las mujeres es a padecer en mayor proporción trastornos afectivos y de la personalidad, y en los hombres a los trastornos de consumo y trastornos psicóticos. La letalidad de la conducta suicida es menor en las mujeres y utilizan en mayor proporción la intoxicación medicamentosa. En el momento del intento autolítico recogido, el 57% de la muestra estaba siendo atendido en salud mental. En el periodo de seguimiento, tras la atención en urgencias, el porcentaje de personas atendidas se incrementa hasta el 78,7%.

POR FAVOR, INSERTAR TABLA 2 AQUÍ

Porcentaje de pacientes que repiten intentos de suicidio.

En el periodo de seguimiento, 29 personas (14,0%) repitieron al menos un intento de suicidio. Dos personas fallecieron por suicidio en este periodo. Esto supone que el 0,9% de los participantes en el estudio (N=207) o el 6,9% de las personas (n=29) que repitieron el intento en un plazo de 6 meses finalmente se suicidaron. Otras tres personas fallecieron por otras causas distintas al suicidio, todas ellas en el grupo de los que no lo habían reintentado (n=178). Esto supone que el 1,7% de quienes no habían repetido el intento, falleció en el seguimiento por otras causas. Respecto de la muestra total (N=207), los fallecimientos (n=5) supusieron un 2,4%.

Comparación en variables sociodemográficas y clínicas en función de la repetición del intento de suicidio en el periodo de seguimiento.

En las variables sociodemográficas la única diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes que habían repetido un intento o no, se refería a la situación de convivencia (Tabla 3).

POR FAVOR, INSERTAR TABLA 3 AQUÍ

En cuanto a las variables clínicas y de seguimiento las personas que repitieron un intento de suicidio habían tenido en mayor proporción atenciones previas en urgencias de psiquiatría, y en el momento de su inclusión en el estudio se hallaban en tratamiento en salud mental y con tratamiento psicofarmacológico en mayor proporción que las personas que no lo repitieron (Tabla 4).

POR FAVOR, INSERTAR TABLA 4 AQUÍ

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al plan de alta de urgencias y el posterior reintento teniendo en cuenta las distintas alternativas de derivación (Tabla 4). Pero, cuando se comparó la evolución de las personas ingresadas en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica con el resto de recursos, los reintentos de suicidio se presentaron en mayor proporción durante el seguimiento ($X^2=4,1$; $gl=1$; $p=,043$).

Variables predictoras de la repetición del intento de suicidio

Se incluyeron en un análisis de regresión logística todas las variables presentadas en las tablas 3 y 4 para determinar cuáles se asociaban a la repetición del intento de suicidio en el seguimiento. La única variable seleccionada por el modelo fue el encontrarse en tratamiento en salud mental en el momento de la inclusión en el estudio ($OR=3,504$; $p=,009$; $I.C.95\%=1,361-9,018$; $OR_{constante}=0,071$).

Conclusiones

En este estudio primero se ha realizado un perfil de las personas atendidas por intento de suicidio en dos servicios de urgencias hospitalarias de psiquiatría. Algunos resultados son muy similares a los encontrados previamente. La mayor parte dice estar arrepentida de la conducta realizada⁴. La sobreingesta medicamentosa es empleada por la mayoría de la muestra (80,2%), en comparación con los métodos violentos^{7, 18} y se confirma la alta prevalencia de diagnósticos psiquiátricos en esta población^{16, 23}. También predominan las mujeres^{7, 24, 25}, que además se encuentran en una mayor proporción en tratamiento psicofarmacológico que los hombres cuando son atendidas por un intento^{1, 26, 27}. Al igual que en otros estudios, entre los

hombres destacan los diagnósticos de trastornos de consumo y entre las mujeres los trastornos afectivos y adaptativos ^{3, 16}. Asimismo, a pesar de que las mujeres realizan más intentos de suicidio que los hombres, la letalidad de su conducta es menor ²⁸. En cuanto al método, también se constata que las mujeres utilizan más la sobreingesta farmacológica ^{1, 7, 27}. Aun cuando los distintos métodos tendrían una letalidad específica, esta letalidad es más baja en las mujeres ^{12, 15}, por lo que se apoya la hipótesis de que el hombre se dirige al suicidio de una forma diferente a la mujer.

Un dato novedoso encontrado es que las mujeres viven con su familia y tienen hijos en mayor proporción que los hombres. Este dato es relevante, puesto que algunos autores han considerado las variables relacionadas con la maternidad ²⁹⁻³¹ y el soporte familiar y social como un factor protector frente a la conducta suicida ²³. Sin embargo, en nuestro estudio no se ha encontrado dicho efecto protector. Esto podría deberse a características específicas de la muestra, pero avala la necesidad de valorar los posibles mecanismos por medio de los cuales las variables sociodemográficas influyen sobre la conducta suicida. Por lo tanto, es necesario seguir investigando y analizando los posibles factores de riesgo y protectores de la conducta suicida ²³.

En segundo lugar, se ha determinado la prevalencia de reintentos en los 6 meses siguientes a la atención por un intento. Se ha encontrado que un 14% de la muestra ha repetido el intento de suicidio en un período de tan solo seis meses, porcentaje semejante al de otros estudios que hacen seguimientos de uno o más años ^{6, 24, 32, 33}. Pero, además, casi la mitad de la muestra ya tenía intentos previos en sus antecedentes psiquiátricos y estos no han diferenciado en el periodo de seguimiento a quienes repiten. Estos datos reflejan una realidad clínica que no ha variado en la última década, y que requiere del desarrollo y mejora de programas de prevención e intervención dirigidos a las personas de alto riesgo en dichos períodos de tiempo críticos, con el objetivo de reducir la tasa de reintentos.

De hecho, en este estudio se ha encontrado que el 6,9% de quienes han repetido el intento han fallecido por suicidio en el periodo de seguimiento, confirmando la fuerte asociación entre quienes repiten el intento y lo consuman. En concreto, Bostwick informó que el 2,3% de los supervivientes a uno o más intentos se suicidaron en el primer año después del primer intento, sin encontrar diferencias entre sexos ¹¹, dato inferior al obtenido en este trabajo, pero dentro del intervalo estimado (2-10%) en otros estudios ³². Mostrar una actitud de arrepentimiento tras un intento, no ha diferenciado entre quienes han repetido y no. Aunque el

arrepentimiento algunas veces se emplea como un criterio (entre otros) de alta en urgencias, ha tenido poco valor pronóstico.

En esta investigación se ha determinado que las principales diferencias entre los pacientes que han repetido un intento frente a los que no lo han repetido en los 6 meses siguientes, tienen que ver con no convivir con otras personas y probablemente con la gravedad clínica del paciente. De hecho, las personas que repitieron el intento tenían, en el momento de la inclusión en el estudio, más atenciones previas en urgencias de psiquiatría, ya estaban siendo atendidas en salud mental y se encontraban en tratamiento psicofarmacológico lo que podría indicar una mayor gravedad psicopatológica. La única variable predictora en la regresión logística para la repetición del intento fue encontrarse en tratamiento en salud mental cuando se les incluyó en el estudio, al igual que demuestran otras investigaciones ^{7, 24}. En futuras investigaciones sería recomendable contar con medidas de gravedad clínica y funcional que pudieran confirmar esta hipótesis.

Por otro lado, se ha encontrado que los reintentos son más probables en las personas que fueron derivadas a la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Este dato confirmaría la existencia de un periodo crítico post alta, siendo necesario analizar y profundizar en la eficacia de las intervenciones que se realizan en dichos recursos con estos pacientes ²⁴.

En cuanto a la mortalidad, un 2,4% de la muestra había fallecido (n=5). Es una realidad bien conocida la alta asociación entre el trastorno mental grave y la disminución de la expectativa de vida, con una ratio de mortalidad 2,2 veces mayor que las personas sin trastorno mental ³⁴.

Un dato muy destacable de este estudio es que, en el momento de la atención por un intento de suicidio, un 57% de la muestra se encontraba en tratamiento en salud mental. Este resultado es inferior al 65% ³⁵ y 67,9% ¹⁶ de otros estudios. Sin embargo, al cabo de los 6 meses de seguimiento el porcentaje de pacientes que estaba en tratamiento en salud mental había aumentado un 21,7%. Este incremento de la adherencia lo asociamos al protocolo de atención con el que se interviene en los centros participantes en el estudio a diferencia de otros servicios de urgencias que no cuentan con la intervención de médicos psiquiatras.

Este trabajo presenta algunas limitaciones que pueden afectar a la generalización de las conclusiones. En primer lugar, debido a las condiciones de la financiación del proyecto, el período de seguimiento ha sido de 6 meses, frente a los 12 meses de otros estudios. Esta diferencia puede dificultar la comparación directa de los resultados, aunque los datos obtenidos son representativos de la población estudiada. En segundo lugar, este estudio se ha realizado

únicamente en el contexto de urgencias de psiquiatría. Esto implica que el perfil analizado puede diferir del perfil de quienes realizan un intento y no llegan a recibir atención médica.

En resumen, en este estudio longitudinal, multicéntrico y realizado en urgencias de psiquiatría se ha encontrado que las mujeres atendidas por un intento de suicidio utilizan métodos de menor letalidad que los hombres, siendo la sobreingesta farmacológica el más utilizado, y viven en familia y tienen hijos con mayor frecuencia que los hombres. Se confirma la prevalencia de reintentos en los 6 meses siguientes a la atención por un intento, y de fallecimiento por suicidio, de estudios previos. Asimismo, se encuentran diferencias entre quienes repiten frente a los que no lo repiten en el periodo de seguimiento, relacionándose la repetición con vivir solo y probablemente con la mayor gravedad clínica del paciente. La única variable predictora de la repetición del intento de suicidio es estar en tratamiento en salud mental. Se concluye que el riesgo de repetición tras ser tratado en urgencias psiquiátricas por intento autolítico es crítico en los meses posteriores, siendo necesario mejorar los programas de prevención e intervención destinados a reducir estas cifras.

Financiación

El presente trabajo se financió con una ayuda del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra (Resolución 3036/2014).

Conflicto de intereses

L. Azcárate-Jiménez trabajó como personal de apoyo a la investigación con un contrato de 12 meses con cargo a la ayuda recibida para el proyecto. El resto de autores no tienen posibles conflictos de intereses que declarar.

Bibliografía

1. Schmidtke A, BilleBrahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: Rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiat Scand.* 1996;93(5):327-38.
2. Crandall C, Fullerton-Gleason L, Aguero R, LaValley J. Subsequent suicide mortality among emergency department patients seen for suicidal behavior. *Acad Emerg Med.* 2006;13(4):435-42.

3. Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Langstrom N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *Brit Med J*. 2010;341.
4. Suokas J, Suominen K, Isometsa E, Ostamo A, Lonnqvist J. Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide - findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104(2):117-21.
5. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Brit J Psychiat*. 2003;182:537-42.
6. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm - Systematic review. *Brit J Psychiat*. 2002;181:193-9.
7. Ferreira AD, Sponholz A, Mantovani C, Pazin A, Passos ADC, Botega NJ, et al. Clinical Features, Psychiatric Assessment, and Longitudinal Outcome of Suicide Attempters Admitted to a Tertiary Emergency Hospital. *Arch Suicide Res*. 2016;20(2):191-204.
8. Parra Uribe I, Blasco-Fontecila H, García-Parés G, Giró Batalla M, Llorens Capdevila M, Cebrià Meca A, et al. Attempted and completed suicide: Not what we expected? *J Affect Disorders*. 2013(150):840–6.
9. Larkin C, Di Blasi Z, Arensman E. Risk Factors for Repetition of Self-Harm: A Systematic Review of Prospective Hospital-Based Studies. *Plos One*. 2014;9(1).
10. Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital Presenting Self-Harm and Risk of Fatal and Non-Fatal Repetition: Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos One*. 2014;9(2):9.
11. Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean AJ. Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. *Am J Psychiat*. 2016;173(11):1094-100.
12. Callanan VJ, Davis MS. Gender differences in suicide methods. *Soc Psych Psych Epid*. 2012;47(6):857-69.
13. Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life-Threat*. 1998;28(1):1-23.
14. Huang YC, Wu YW, Chen CK, Wang LJ. Methods of suicide predict the risks and method-switching of subsequent suicide attempts: a community cohort study in Taiwan. *Neuropsych Dis Treat*. 2014;10:711-8.

15. Mergl R, Koburger N, Heinrichs K, Székely A, Tóth MD, Coyne J, et al. What Are Reasons for the Large Gender Differences in the Lethality of Suicidal Acts? An Epidemiological Analysis in Four European Countries. *Plos One*. 2015;10(7):e0129062.
16. Narishige R, Kawashima Y, Otaka Y, Saito T, Okubo Y. Gender differences in suicide attempters: a retrospective study of precipitating factors for suicide attempts at a critical emergency unit in Japan. *Bmc Psychiatry*. 2014;14.
17. Olfson M, Marcus SC, Bridge JA. Emergency Department Recognition of Mental Disorders and Short-Term Outcome of Deliberate Self-Harm. *Am J Psychiat*. 2013;170(12):1442-50.
18. Runeson B, Haglund A, Lichtenstein P, Tidemalm D. Suicide Risk After Nonfatal Self-Harm: A National Cohort Study, 2000-2008. *J Clin Psychiat*. 2016;77(2):240-6.
19. Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11 583 patients. *Brit J Psychiat*. 2004;185:70-5.
20. Larkin GL, Smith RP, Beautrais AL. Trends in US Emergency Department Visits for Suicide Attempts, 1992–2001. *Crisis*. 2008;29(2):73-80.
21. Suominen K, Isometsa E, Martunnen M, Ostamo A, Lonnqvist J. Health care contacts before and after attempted suicide among adolescent and young adult versus older suicide attempters. *Psychol Med*. 2004;34(2):313-21.
22. O'Carroll PW, Berman DL, Haris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman M. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life-Threat*. 1996;126(3):237-45.
23. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, S. L. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*. 2008(30):133-54.
24. Fedyszyn IE, Erlangsen A, Hjorthoj C, Madsen T, Nordentoft M. Repeated Suicide Attempts and Suicide Among Individuals With a First Emergency Department Contact for Attempted Suicide: A Prospective, Nationwide, Danish Register-Based Study. *J Clin Psychiat*. 2016;77(6):832-40.
25. Zeppegno P, Gramaglia C, Castello LM, Bert F, Gualano MR, Ressico F, et al. Suicide attempts and emergency room psychiatric consultation. *Bmc Psychiatry*. 2015;15(1):13.
26. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiat*. 1999;56(7):617-26.

27. Chartrand H, Bhaskaran J, Sareen J, Katz LY, Bolton JM. Correlates of Nonsuicidal Self-Injury and Suicide Attempts among Tertiary Care, Emergency Department Patients. *Can J Psychiatry*. 2015;60(6):276-83.
28. Hawton K, Van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009(373):372–81.
29. Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, Hirsch CS, Portera L, Hartwell N, et al. Lower risk of suicide during pregnancy. *Am J Psychiat*. 1997;154(1):122-3.
30. Qin P, Mortensen P. The impact of parental status on the risk of completed suicide. *Arch Gen Psychiat*. 2003;60(8):797-802.
31. Yang CY. Association between parity and risk of suicide among parous women. *Can Med Assoc J*. 2010;182(6):569-72.
32. Mendez-Bustos P, de Leon-Martinez V, Miret M, Baca-Garcia E, Lopez-Castroman J. Suicide Reattempters: A Systematic Review. *Harvard Rev Psychiat*. 2013;21(6):281-95.
33. Gramaglia C, Bert F, Gattoni E, Delicato C, Di Marco S, Coppola I, et al. Repeated suicide attempts in Emergency room psychiatric referrals. *Int J Emerg Ment Health*. 2015;17(4):714-6.
34. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama Psychiat*. 2015;72(4):334-41.
35. Yamada T, Kawanishi C, Hasegawa H, Sato R, Konishi A, Kato D, et al. Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a critical emergency unit in an urban area. *Bmc Psychiatry*. 2007;7:7.

Tabla 1. Variables sociodemográficas en función del sexo

	Total (N = 207)		Hombres (n = 85)		Mujeres (n = 122)		<i>X</i> ² (g.l.)	<i>p</i>
	n	%	n	%	n	%		
Estado civil								
Soltero/a	77	37,2%	36	42,4%	41	33,6%	1,7 (2)	,434
Casado/a o en pareja	81	39,1%	31	36,5%	50	41,0%		
Divorciado/a - Separado/a	49	23,7%	18	21,2%	31	25,4%		
Nivel de estudios								
Sin estudios	13	6,3%	8	9,4%	5	4,1%	3,1 (3)	,383
Estudios primarios	87	42,0%	35	41,2%	52	42,6%		
Estudios secundarios	85	41,1%	35	41,2%	50	41,0%		
Estudios universitarios	22	10,6%	7	8,2%	15	12,3%		
Ocupación								
Empleado/a	111	53,6%	38	44,7%	73	59,8%	5,3 (2)	,072
No empleado/a	53	25,6%	24	28,2%	29	23,8%		
Retirado/a	43	20,8%	23	27,1%	20	16,4%		
Nivel socioeconómico								
Bajo	88	42,5%	37	43,5%	51	41,8%	0,1 (1)	,805
Medio-Alto	119	57,5%	48	56,5%	71	58,2%		
Situación de convivencia								
Solo	35	16,9%	17	20,0%	18	14,8%	12,8 (2)	,002
Con familia	159	76,8%	57	67,1%	102	83,6%		
Otros	13	6,3%	11	12,9%	2	1,6%		
Tiene hijos/as	114	55,1%	39	45,9%	75	61,5%	4,9 (1)	,027
Creencia religiosa								
No	92	44,4%	44	51,8%	48	39,3%	3,1 (2)	,208
Sí, no practicante	58	28,0%	21	24,7%	37	30,3%		
Sí practicante	57	27,5%	20	23,5%	37	30,3%		
	<i>M</i>	<i>(d.t.)</i>	<i>M</i>	<i>(d.t.)</i>	<i>M</i>	<i>(d.t.)</i>	<i>t</i> (g.l.)	<i>p</i>
Edad	44,6	14,3	46,9	15,5	43,0	13,2	1,9 (205)	,052

Tabla 2. Variables clínicas y de seguimiento en función del sexo

	Total (N = 207)		Hombres (n = 85)		Mujeres (n = 122)		χ^2 (g.l.)	p
	n	%	n	%	n	%		
Diagnóstico								
No diagnóstico	55	26,6%	25	29,4%	30	24,6%		
Trastornos de consumo	28	13,5%	15	17,6%	13	10,7%		
Trastornos psicóticos	15	7,2%	10	11,8%	5	4,1%		
Trastornos afectivos	44	21,3%	14	16,5%	30	24,6%	12,5 (6)	,052
Trastornos adaptativos	34	16,4%	11	12,9%	23	18,9%		
Trastorno personalidad	19	9,2%	4	4,7%	15	12,3%		
Otros	12	5,8%	6	7,1%	6	4,9%		
Intento de suicidio previo	94	45,4%	35	41,2%	59	48,4%	1,0 (1)	,307
Letalidad de la conducta suicida								
Alta/Intermedia	76	36,7%	39	45,9%	37	30,3%	5,2 (1)	,022
Muy baja/Baja	131	63,3%	46	54,1%	85	69,7%		
Método utilizado								
Intoxicación medicamentosa	166	80,2%	60	70,6%	106	86,9%	8,4 (1)	,004
Métodos violentos	41	19,8%	25	29,4%	16	13,1%		
Consumo concomitante de tóxicos en el intento	70	33,8%	31	36,5%	39	32,0%	0,4 (1)	,500
Ingresos previos en UHP	75	36,2%	33	38,8%	42	34,4%	0,42 (1)	,517
Atención previa en urgencias psiquiatría	115	55,6%	48	56,5%	67	54,9%	0,05 (1)	,825
En tratamiento en Salud Mental en el momento de la atención en urgencias	118	57,0%	47	55,3%	69	56,6%	0,03 (1)	,857
Tratamiento psicofarmacológico en el momento de la atención en urgencias	162	78,3%	62	72,9%	100	82,0%	2,40 (1)	,121
Planificación de la conducta suicida	76	36,7%	34	40,5%	39	33,3%	1,08 (1)	,299
Actitud ante la conducta suicida en el momento de la atención en urgencias								
Arrepentimiento	149	72,0%	60	70,6%	89	73,0%	0,14 (1)	,710
Lamento de resultado no fatal	58	28,0%	25	29,4%	33	27,0%		
Consecuencias de la conducta								
Mínimas consecuencias/alguna lesión	175	84,5%	68	80,0%	107	87,7%	2,3 (1)	,131
Lesión para hospitalización/graves	32	15,5%	17	20,0%	15	12,3%		
Plan de alta Urgencias								
Médico Atención Primaria	44	21,3%	16	18,8%	28	23,0%		
Centro Salud Mental	90	43,5%	38	44,7%	52	42,6%	5,4 (3)	,146
Unidad Hospitalización Psiquiátrica	54	26,1%	27	31,8%	27	22,1%		
Otros	19	9,2%	4	4,7%	15	12,3%		
En tratamiento en Salud Mental en el seguimiento	163	78,7%	65	76,5%	98	80,3%	0,4 (1)	,505

Tabla 3. Comparación en variables sociodemográficas entre quienes repiten y no un intento autolítico

	No reintentan (n = 178)		Reintentan (n = 29)		X^2 (g.l.)	p
	n	%	n	%		
Sexo						
Hombre	75	42,1%	10	34,5%	0,6 (1)	,437
Mujer	103	57,9%	19	65,5%		
Estado civil						
Soltero/a	62	34,8%	15	51,7%	3,8 (2)	,146
Casado/a o en pareja	74	41,6%	7	24,1%		
Divorciado/a - Separado/a	42	23,6%	7	24,1%		
Nivel de estudios						
Sin estudios/primarios	89	50,0%	11	37,9%	1,5 (2)	,228
Secundarios/universitarios	89	50,0%	18	62,0%		
Ocupación						
Empleado/a	97	54,5%	14	48,3%	2,2 (2)	,332
No empleado/a	47	26,4%	6	20,7%		
Retirado/a	34	19,1%	9	31,0%		
Nivel socioeconómico						
Bajo	76	42,7%	12	41,4%	0,1 (1)	,894
Medio-Alto	102	57,3%	17	58,6%		
Situación de convivencia						
Solo	26	14,6%	9	31,0%	4,8 (1)	,029
Con familia-otros	152	85,4%	20	69,0%		
Tiene hijos/as	99	55,6%	15	51,7%	0,1 (1)	,696
Creencia religiosa						
No	78	43,8%	14	48,3%	0,2 (1)	,654
Sí	100	56,2%	15	51,7%		
	<i>M</i>	<i>(d.t.)</i>	<i>M</i>	<i>(d.t.)</i>	<i>t</i> (g.l.)	<i>p</i>
Edad	44,4	14,1	45,7	15,7	0,4 (205)	,673

Tabla 4. Comparación en variables clínicas y de seguimiento entre quienes repiten y no un intento autolítico

	No reintentan (n = 178)		Reintentan (n = 29)		X^2 (g.l.)	p
	n	%	n	%		
Diagnóstico						
Sin diagnóstico	46	25,8%	9	31,1%		
Con diagnóstico	132	74,2%	20	68,9%	0,3 (1)	,557
Intento de suicidio previo	78	43,8%	16	55,2%	1,3 (1)	,255
Letalidad de la conducta suicida						
Alta/Intermedia	63	35,4%	13	44,8%	1,0 (1)	,328
Muy baja/Baja	115	64,6%	16	55,2%		
Método utilizado						
Intoxicación medicamentosa	142	79,8%	24	82,8%	0,1 (1)	,709
Métodos violentos	36	20,2%	5	17,2%		
Consumo concomitante de tóxicos en el intento	60	33,7%	10	34,5%	1,1 (2)	,572
Ingresos previos en UHP	61	34,3%	14	48,3%	2,1 (1)	,146
Atención previa en urgencias psiquiatría	93	52,2%	22	75,9%	5,6 (1)	,018
En tratamiento en Salud Mental en el momento de la atención en urgencias	93	52,2%	23	79,3%	7,4 (1)	,006
Tratamiento psicofarmacológico en el momento de la atención en urgencias	135	75,8%	27	93,1%	4,4 (1)	,037
Planificación de la conducta suicida	65	36,5%	11	37,9%	0,1 (1)	,884
Actitud ante la conducta suicida en el momento de la atención en urgencias						
Arrepentimiento	130	73,0%	19	65,5%	0,7 (1)	,403
Lamento de resultado no fatal	48	27,0%	10	34,5%		
Consecuencias de la conducta						
Mínimas consecuencias/alguna lesión	149	83,7%	26	89,7%	n.a.	
Lesión suficiente para hospitalización/graves	29	16,3%	3	10,3%		
Plan de alta Urgencias						
Médico Atención Primaria	40	22,5%	4	13,8%		
Centro Salud Mental	79	44,4%	11	37,9%		
Unidad Hospitalización Psiquiátrica	42	23,6%	12	41,4%	4,3 (3)	,227
Otros	17	9,6%	2	6,9%		
En tratamiento en Salud Mental en el seguimiento	137	77,0%	26	89,7%	2,4 (1)	,121

n.a. = no aplicable (exceso de categorías)